

ANNÉE 1938-1939

N° 12

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 novembre 1938

PAR

Jean-Roger-Marcel TURPAUD

Elève du Service de Santé de la Marine

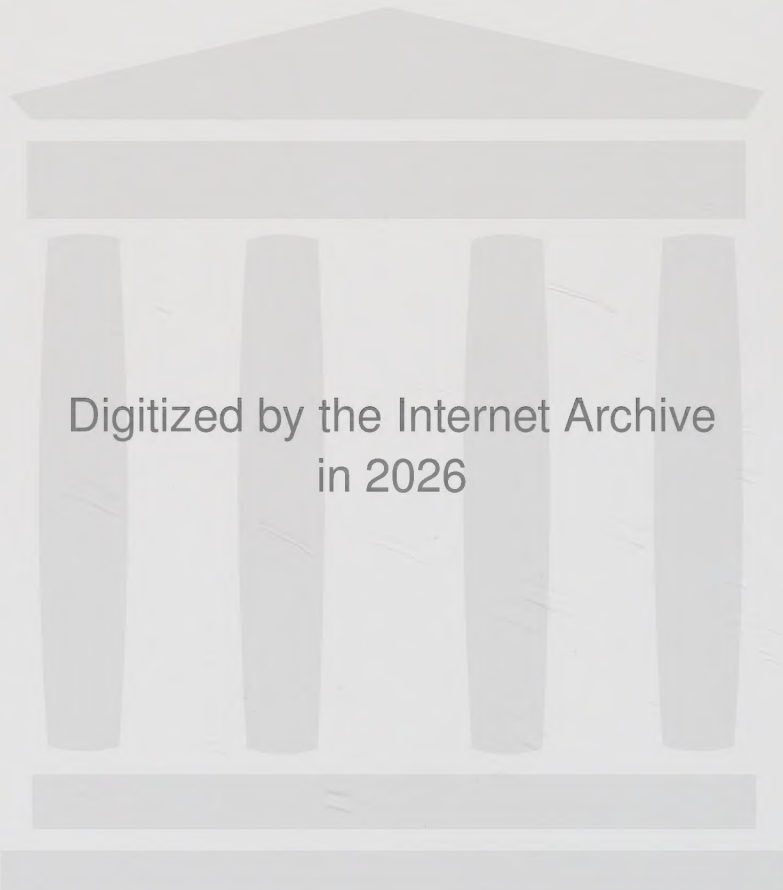
né à Paris (Seine), le 21 janvier 1913

Examinateurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	<i>Juges</i>
		JOULIA, agrégé	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 novembre 1938

PAR

Jean-Roger-Marcel TURPAUD

Elève du Service de Santé de la Marine

né à Paris (Seine), le 21 janvier 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	Président.
		PAPIN, professeur	Juges
		JOULIA, agrégé	
		DARGET, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIERE

18, Rue du Peugue

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	(MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale ...	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ...	DAMADE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .	PETGES.
Anatomie	VILLEMEN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique.....	DUBECO.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie.....	VITTE.		
Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.		
Médecine expérimentale ..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N.		CHARRIER.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	LOUBAT.
Physiologie	N.		MASSE.
			DARGET.
			N.
	PIECHAUD.	Obstétrique.....	RIVIERE.
	DELMAS-MARSALET.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
Médecine générale.....	DE GRAILLY.	Oto-Rhino-Laryngologie..	DESPO ^{nc} .
	FONTAN.	Dermatologie et syphili-	
	BROUSTET.	graphie	JOULIA.
	DERVILLEE.	Physique médicale.....	N.
	N.	Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie..	N.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J.BEAUVIEUX	Zoologie et parasitologie..	R. SIGALAS.
Physiologie	PETITEAU.	Physique médicale et	
Médecine opératoire	JEANNENEY.	pharmaceutique	AURIAC.
Accouchements	RIVIERE.	Médecine légale	DERVILLEE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Urologie	DARGET.
Ophthalmologie	CABANNES (en congé).	Botanique	GIRARD.
		Bactériologie.....	MOUREAU.
Puériculture.....	FAUGERE.	Législat. pharmaceutique.	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tient leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE — A MES SŒURS

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAITRES
DES ECOLES DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY PENAUD
ANCIEN PROSECTEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE UROLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

*Qu'il trouve ici l'expression
de notre vive gratitude pour
l'amitié bienveillante qu'il
nous a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY DUVERGEY
CHEF DE CLINIQUE UROLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

*Que nous sommes heureux
de pouvoir remercier de ses
conseils éclairés qui nous ont
permis de mener à bonne fin
notre travail.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Les éminentes qualités d'esprit et de cœur dont vous donnez chaque jour, mon cher Maître, l'exemple à vos élèves me font au plus haut point apprécier l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Le rétrécissement de l'urètre chez la femme est une affection relativement rare. On peut le définir : « diminution permanente du calibre de l'urètre soit congénitale, soit acquise à la suite d'un traumatisme ou d'une infection, en ayant soin d'éliminer les aplatissements de l'urètre dus à la compression d'une tumeur, d'un kyste ou d'un fibrome ».

Déjà bien étudié, il reste cependant assez ignoré du médecin non spécialisé. Un homme viendra se plaindre de troubles de la miction, l'idée d'un rétrécissement de l'urètre, si fréquent chez ce dernier, sera souvent la première à se présenter. Une femme par contre ira trouver son médecin pour des symptômes qui ne seront souvent pas caractéristiques. L'exploration nécessaire du canal pourra être négligée et le diagnostic non fait. Ce qui serait d'autant plus préjudiciable pour la malade, que le diagnostic entraîne une thérapeutique d'une grande efficacité.

Nous adopterons le plan suivant :

- I. — Historique.
- II. — Embryologie et Anatomie.
- III. — Etiologie et Pathogénie.
- IV. — Anatomie pathologique.
- V. — Symptomatologie et Pronostic.
- VI. — Diagnostic.
- VII. — Traitement.
- VIII. — Observations.
- IX. — Conclusions.
- X. — Bibliographie.

HISTORIQUE

Lisfranc, en 1824, par sa thèse d'agrégation a introduit le rétrécissement de l'urètre féminin dans la pathologie.

Depuis les travaux furent nombreux. En 1834, Larcher publie les observations de rétrécissements blennorragiques de Gasnault et Sabatier. Hunter, peu après, conteste l'origine blennorragique de ces rétrécissements. Velpeau, Mercier et Curling montrent la possibilité de l'origine traumatique. En 1865, Demarquay et Boucher rapportent une observation de rétrécissement blennorragique. Hermann apporte 23 observations, il distingue un rétrécissement sénile. En 1876, Newmann reprend la question, il apporte cinq observations. Blum décrit un rétrécissement d'origine spasmodique. Fissiaux publie une thèse avec 20 observations. En 1889, paraît le mémoire de Van de Wacker. En France, Genouville inspiré par Quénu publie 10 observations de rétrécissements blennorragiques. Puis Pasteau, en 1897, publie un ouvrage considérable où il réunit 112 observations dont 12 personnelles. Il isole le rétrécissement vrai de l'urètre des autres causes extrinsèques de diminution de calibre. En 1901 paraît la thèse d'Hamon et le mémoire d'Imbert et Soubeyran qui contestent l'étiologie blennorragique. En 1910, Hartmann et Lecène publient un cas de tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre. En 1911, Vilfroy rend à la blennorragie un rôle important dans la genèse des rétrécissements. En 1914, Hamonic qui a déjà étudié la question en 1906, publie sa statistique des rétrécissements non néoplasiques. En 1922, Duvergey et Dax font une communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux. Escat et Dor sont frappés par la bénignité de l'évolution. En 1923, Morisset publie une thèse sur les rétrécissements blennorragiques. Tarnaud publie en 1932 le dernier travail français sur la question.

NOTIONS D'EMBRYOLOGIE ET D'ANATOMIE

Embryologie.

L'urètre de la femme correspond embryologiquement aux parties prostatiques et membraneuses de l'urètre masculin. Il dérive entièrement du diverticule allantoïdien, qui s'isole au moment du cloisonnement du cloaque primitif, en sinus uro-génital et rectum. La partie supérieure s'atrophie, laissant subsister un canal remontant à l'ombilic et qui s'obtu-rera pour devenir l'ouraque. La partie moyenne se dilate et forme la vessie, la partie inférieure tout l'urètre féminin. La portion antérieure de la membrane cloacale devenue membrane uro-génitale, s'amincit, se réduit à deux feuillets, puis se perfore ouvrant ainsi l'arbre urinaire au tégument externe.

Des troubles dans l'évolution de cette portion du sinus uro-génital expliqueront les rétrécissements congénitaux.

Une non-résorption de la membrane uro-génitale amènera une imperforation de l'urètre (l'urine suinte à l'ombilic du nouveau-né) (Observation de Bar rapportée par Pasteau).

Une résorbction incomplète laissera un rétrécissement. Un arrêt de développement de la partie inférieure du pédicule allantoïdien, qui gardera un calibre réduit, causera un rétrécissement.

Anatomie.

C'est un canal exclusivement urinaire d'une longueur de 3 à 4 cm. allant du col vésical au méat. Son calibre peut être

évalué à 7 ou 8 cm. Il n'est pas uniforme, le méat formant le point le plus rétréci. Ce canal s'élargit ensuite adoptant la forme d'un tronc de cône à petite base inférieure.

Au niveau du col vésical la tonicité du sphincter vient opposer une résistance à l'explorateur sans que l'on puisse parler de point anatomique étroit.

En pratique, en clinique, l'urètre féminin normal admet au moins une sonde d'un calibre n° 18. Il est oblique en bas et en avant, décrivant classiquement une légère courbure à concavité antéro-supérieure, pour Pasteau il est rectiligne.

Comme rapports. — Il sort de la cavité pelvienne à la partie antérieure de la boutonnière des releveurs qui le croise latéralement et traverse l'aponévrose périnéale au niveau de son $1/5$ inférieur.

Il répond en avant à la symphyse pubienne dont il est distant de 12 à 15 mm. et au bord tranchant du ligament arcuat. Il en est séparé par le plexus de Santorini.

En arrière, son rapport essentiel est le vagin avec lequel il fait corps au niveau des $2/3$ inférieurs. Les deux parois unies forment une cloison de 10 à 12 mm., la cloison uréthro-vaginale.

L'urètre se trouve donc en avant de la filiaire génitale juste en arrière d'une surface osseuse. On comprend qu'il puisse être lésé au cours d'accouchements pénibles.

A l'état de repos ses parois sont accolées, ses coupes perpendiculaires revêtent la forme d'une fente transversale à la partie supérieure, un peu étoilée à la partie moyenne, longitudinale au voisinage du méat.

Sa muqueuse a une coloration variable allant du blanchâtre au rosé, elle est plissée longitudinalement, ce qui permet la distension au moment de la miction. Elle présente les orifices de petits tubes borgnes analogues aux lacunes de Morgagni et des orifices glandulaires. La paroi épaisse de 3 à 4 mm. présente deux couches, la muqueuse et la musculuse à la périphérie.

La muqueuse présente un épithélium formé de 3 à 4 couches

de cellules prismatiques, un chorion épais, élastique, peu adhérent à la profondeur, avec un riche réseau veineux. Elle renferme des glandes en grappe. La *musculeuse* formée de fibres musculaires lisses en deux couches, une interne longitudinale, une externe circulaire qui s'épaissit au niveau du col vésical forme la seconde couche. Ces deux formations sont séparées par une sous-muqueuse dont l'existence est contestée.

Si on compare cette constitution à celle de l'urètre masculin on est frappé par l'absence du corps spongieux, l'analogie que l'on a établie avec le réseau veineux du chorion de l'urètre féminin étant plus satisfaisante pour l'esprit que pour la réalité anatomique. D'autre part, la muqueuse renferme bien des formations glandulaires mais moins nombreuses que chez l'homme.

ETIOLOGIE. PATHOGENIE

Rétrécissement congénital.

Dérive d'un vice dans l'évolution du sinus uro-génital nous avons vu comment on pouvait l'expliquer en traitant de l'embryologie de l'urètre.

Rétrécissement acquis.

Inflammatoire. — C'est l'*urétrite blennorragique* qui domine la notion du rétrécissement inflammatoire. L'urétrite blennorragique est incontestablement très fréquente chez la femme. Le rétrécissement y est très rare. Cherchons qu'elles raisons peuvent être invoquées pour l'expliquer.

L'urètre féminin est très court, par là-même beaucoup moins favorable à la stagnation des germes et de leurs sécrétions que l'urètre masculin.

Les glandes annexes sont moins nombreuses. Elles sont superficielles. Si elles sont le siège d'inflammations ou d'abcès, ce qui est assez fréquent, le processus ne prendra pas une étendue comparable à celle qu'il prend au niveau des foyers glandulaires profonds de l'urètre de l'homme.

L'autre différence fondamentale est l'absence de *la gaine spongieuse dont chez l'homme la sclérose est la lésion fondamentale du rétrécissement*. Chez l'homme l'urètre prostatique et membraneux ne présente pas de rétrécissements blennorragiques. Si parfois il en existe au niveau de la portion mem-

braneuse on peut les regarder comme l'extension des scléroses bulbaires (Escat et Dor).

D'autre part l'origine blennorragique n'est pas toujours prouvée dans de nombreuses observations de rétrécissements dits blennorragiques. On retrouve souvent dans les antécédents l'ablation d'un polype ou l'usage d'un antiseptique irritant.

On ne peut dire, d'ailleurs personne n'a cherché à le faire, que chez la femme un rétrécissement est une complication normale d'une urétrite chronique. Une prédisposition individuelle semble jouer un rôle important. Ce pourrait être un léger rétrécissement congénital ou la présence de polypes urétraux que l'on trouve fréquemment au niveau des urètres atteints de rétrécissements blennorragiques. La nécessité de cette prédisposition expliquerait la rareté du rétrécissement en face de la très grande fréquence de l'urétrite blennorragique.

D'autres causes inflammatoires peuvent exceptionnellement intervenir. On a signalé des chancres phagédéniques provoquant une atrésie cicatricielle du méat et exceptionnellement des tuberculomes ou des syphilomes tertiaires de la paroi urétrale.

Rétrécissements traumatiques.

Là encore l'absence de la gaine spongieuse va jouer un rôle considérable. Nous ne trouverons pas les volumineux hématomes qui se forment chez l'homme autour du canal déchiré et qui jouent un rôle si considérable dans la genèse de ses rétrécissements traumatiques.

Traumatismes accidentels. — La femme est moins exposée aux traumatismes accidentels que l'homme et son urètre est lui-même mieux abrité. Il sera écrasé contre la symphyse pubienne dans les chutes à califourchon ou les coups de pied par exemple.

Traumatismes chirurgicaux. — Tout traumatisme chirurgical pourra être à l'origine d'un rétrécissement; l'ablation d'un polype peut fréquemment être incriminée (observations I et VI). Le professeur Duvergey a vu une malade qui avait eu son urètre pris par un point de suture au cours d'une colpo-périnéoraphie. Une injection thérapeutique à concentration trop forte peut également provoquer une sténose cicatricielle du canal. La radiothérapie exercée au niveau de l'urètre est à l'origine de certains rétrécissements quoiqu'elle provoque beaucoup plus fréquemment de l'incontinence.

On doit également dire un mot ici des rétrécissements qui se forment au niveau des urètres créés par les urétroplasties, pour suppléer au canal naturel qui a subi des lésions considérables. (Marion, pour permettre de lutter contre cette tendance à la sténose, place l'orifice de l'urètre dans le sillon interlabial gauche, ce qui permet à la femme de se sonder très facilement elle-même.)

Traumatismes obstétricaux. — Cette étiologie est évidemment particulière à la femme. Le mécanisme des lésions de l'urètre est facile à comprendre. Dans un accouchement laborieux la tête fœtale ou la branche d'un forceps viendra déchirer l'urètre contre la symphyse pubienne tout comme ils déchireraient la paroi vaginale.

Pasteau publie plusieurs observations de ces rétrécissements qu'il dit relativement fréquents. Ils sont le plus souvent liés à des fistules vésico ou uréthro-vaginales.

Nous n'avons pu en retrouver à Bordeaux. Peut-être cela est-il dû en partie au fait que depuis la césarienne basse on ne voit plus d'accouchements aussi laborieux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège le plus fréquent du rétrécissement se trouve au niveau de la partie inférieure du canal en amont du méat. On explique ce siège par la stagnation plus marquée des sécrétions purulentes dans les cas d'inflammation du canal, au-dessus du point rétréci qu'est le méat et par le fait que c'est l'endroit le plus exposé aux traumatismes tant chirurgicaux qu'accidentels (ablation de polypes). Seuls les rétrécissements d'origine obstrucale siègent près de l'orifice réticulé, lieu de précollection des décharges ou de compression.

L'exploration sur le vivant, par l'explorateur, bougie et l'urétroscope, montre que les rétrécissements sont généralement uniques, parfois doubles ou en chapelet. Ils ont des formes très variables : ce sont des brides, de véritables anneaux étranglant la lumière du canal.

Leur calibre est aussi variable depuis les oblitérations totales où seule une fistule en amont permet l'écoulement de l'urine, jusqu'à des rétrécissements fort lâches, origines cependant de troubles qui ne semblent pas proportionnés à la lésion.

L'urètre peut se dilater au-dessus de l'obstacle. Leguen a trouvé une fois une urétrocele du volume d'une mandarine. Pasteau un urètre formant une énorme saillie dans le vagin.

Au-dessous de l'obstacle les auteurs signalent la présence fréquente de polypes dus, semble-t-il, à l'irritation chronique de la muqueuse et surtout fréquents dans les cas se compliquant d'incontinence.

L'affection n'étant pas mortelle par elle-même, les plus

anatomo-pathologiques sont fort rares. Pasteau en étudia deux recueillies dans la collection de Guyon. Elles avaient macéré longtemps dans le liquide fixateur qui les avait un peu altérées. Il trouva les lésions suivantes : une muqueuse épaisse adhérente, inextensible, un épaissement de la couche épithéliale dont les cellules les plus superficielles tendent à prendre le type pavimenteux. Les couches sous-épithéliales ayant subi une atrophie scléreuse totale avec oblitération partielle des vaisseaux de la sous-muqueuse.

Des lésions de même caractère, mais moins marquées se rencontrent au-dessus et au-dessous du rétrécissement.

Pour résumer les lésions observées sont celles d'une *métrite scléreuse totale*. Les lésions à distance que peut à titre de complications entraîner le rétrécissement n'ont rien de spécial.

SYMPTOMATOLOGIE

Pendant une période assez longue le rétrécissement ne donnera pas de signes fonctionnels appréciables par la malade. Cette période de tolérance semble tout aussi longue ici que chez l'homme dont la vessie est cependant plus musclée. Nous voyons en tout cas chez certaines de nos malades l'évolution des troubles urinaires, dus semble-t-il dès le début au rétrécissement, être extrêmement longue et les accidents sérieux n'apparaître parfois qu'après des années.

Escat et Dor attribuent ce fait à l'absence du tissu spongieux et de la prostate, sièges de poussées congestives qui imbibent la vessie chez l'homme.

Signes fonctionnels.

La malade ne viendra le plus souvent se plaindre à son médecin et le diagnostic ne sera posé que lorsque le rétrécissement sera déjà très serré. Elle ne viendra pas comme l'homme à cause d'une modification de son jet d'urine.

Parfois le début brutal sera une crise de rétention pouvant être extrêmement douloureuse, ou d'autres fois plus rarement de la fausse incontinence, la femme se mouillera (observation II).

Mais souvent le début sera très insidieux. Le premier signe sera une douleur non caractéristique, d'intensité variable, souvent peu marquée, soit provoquée par la miction, soit continue et seulement exacerbée par elle.

C'est une tension hypogastrique avec irradiations pelviennes, crurales, anales. Une douleur lombaire à prédominance droite serait, pour Pasteau, un excellent signe. La malade du docteur Blanchot localisait sa sensation douloureuse au niveau de son urètre. Nous rechercherons les autres troubles fonctionnels que la malade accusera parfois d'elle-même.

Les troubles de la miction.

La longueur, la difficulté, l'irrégularité de la miction seront parfois très nettes. Le jet sera beaucoup plus court, la malade pisse sur ses talons; d'autres fois ce sera un véritable goutte à goutte. La miction en deux temps, provenant du retour sur lui-même à la fin de la miction de l'urètre dilaté en amont de l'obstacle, pourrait être recherchée. Pour être nette elle nécessiterait ou la brièveté de l'urètre féminin, un volumineux urétrocèle sus-strictural. D'autres fois nous aurons des signes, des complications, cystite, etc...

Signes physiques.

En cas de rétention nous aurons les signes de la rétention avec le globe vésical. Mais les signes essentiels, qui seuls peuvent permettre le diagnostic, seront recherchés par l'examen de l'urètre. Ce sera souvent une découverte. On ne pourra sonder la malade, un cystoscope ne pourra passer par son urètre.

L'exploration du canal se fera à l'aide de l'explorateur à boule qui permet un « véritable toucher intra-urétral ». Il permettra de reconnaître la présence d'un rétrécissement, sa situation par rapport au méat, son calibre, sa longueur. La bougie olivaire recherchera la résistance des parois de l'obstacle. Par le toucher vaginal, on pourra sentir la consistance indurée du noyau fibreux, siège du rétrécissement ou

bien l'urétrocèle sus-jacent. L'urétroscopie pratiquée après une certaine dilatation, permettra de confirmer le diagnostic.

Les signes généraux seront nuls en dehors des complications. L'évolution est relativement bénigne, Les complications seront de deux ordres : mécanique et infectieux.

Nous avons déjà vu les accidents mécaniques, nous citerons les hémorragies étudiées par Duvergey et Dax et qui peuvent être très abondantes; les accidents infectieux sont ici beaucoup plus rares et moins graves que chez l'homme. Ce sont la cystite, l'utéro-pyélonéphrite, leur mécanisme est le même que chez l'homme, leur fréquence bien moindre.

Pronostic.

Le pronostic semble beaucoup plus favorable que chez l'homme. Le rétrécissement est généralement plus facile à dilater, il a une tendance beaucoup moindre à se reproduire. Certaines malades viennent se faire dilater une fois et ne réapparaissent plus, apparemment guéries, d'autres reviennent seulement tous les ans. On voit des rétrécissements très serrés céder à 2 ou 3 dilatations.

Sur les 64 cas publiés par Pasteau, de rétrécissements de toutes origines dont l'évolution est indiquée, nous observons 56 guérisons, 6 guérisons partielles et seulement 2 décès, un de Verneuil sans détails, un de Guyon et Hallé chez une malade de 69 ans porteuse d'une pyélonéphrite ancienne et dont l'urètre contenait de plus des polypes. Ces simples chiffres montrent la rareté des complications graves.

Le pronostic sera basé sur l'état de la vessie et des reins, sur la présence ou l'absence d'infection.

Chez une femme jeune sans autres lésions de l'arbre urinaire, la guérison pourra être totale, nécessitant une simple surveillance beaucoup plus lâche que pour l'homme. Une femme dont la vessie sera déjà forcée et infectée risquera de rester une urinaire pour le reste de sa vie. Nous pouvons cependant dire que le plus souvent le pronostic est très favorable. Le rétrécissement guérit bien chez la femme.

DIAGNOSTIC

Le plus souvent la malade ne vient consulter que lorsque les troubles sont devenus inquiétants. Le rétrécissement est alors arrivé à un stade très avancé.

Nous classerons les symptômes qui nous l'amènent en trois ordres :

- Symptômes urinaires mécaniques.
- Symptômes urinaires infectieux.
- Symptômes douloureux, n'étant pas *a priori* urinaires.

Dans chacun de ces cas le diagnostic se posera de façon toute différente.

Devant une malade accusant des troubles de la miction, une exploration génitale s'impose, Un toucher permettra de rechercher la cause de ce trouble mécanique et le plus souvent un fibrome, un kyste de l'ovaire, une tumeur de la cloison uréthro-vaginale ou un kyste du vagin vient se révéler comme étant à l'origine d'une compression de l'urètre.

Ces causes les plus fréquentes éliminées, nous penserons à une origine centrale, corticale et médullaire, puis nous passerons à l'examen urinaire. On recherche si la vessie contient encore un résidu post-mictionnel par le palper abdominal et le toucher combinés.

L'urètre doit alors être méthodiquement examiné. Le méat au niveau duquel on recherchera la présence de végétations rendues fréquentes par l'irritation due à l'écoulement continu de l'urine dans les cas compliqués d'incontinence. Ces polypes peuvent siéger autour ou au niveau du méat.

On pourra trouver au niveau de la vulve une infiltration

néoplasique ou un esthiomène expliquant une atrésie du méat. Après nettoyage de la vulve et du méat, on procède à l'introduction d'un explorateur à boule d'assez fort calibre. En cas de spasme, une pression douce et prolongée permet de le vaincre sans que, au retour, on sente aucun ressaut.

En cas d'arrêt, on prend un calibre plus petit. Un rétrécissement donne au retour de l'instrument un petit ressaut « le diagnostic de rétrécissement ne se fait qu'au retour de l'instrument ». Un obstacle semblant molasse doit faire penser à la présence de polypes. La présence d'un obstacle saignant très facilement fera faire des réserves quant à la possibilité d'un néoplasme. Certains, en effet, peuvent évoluer ne donnant pendant un certain temps que des signes fonctionnels de ce rétrécissement. L'ulcération et les altérations urinaires étant plus tardives.

Le toucher vaginal permettra de suivre l'instrument dans le canal urétral et aidera à éliminer les faux rétrécissements dus aux déviations ou aux diverticules urétraux.

Une malade venant avec des signes d'infection urinaire, le plus souvent de cystite légère verra le diagnostic de son affection posé très rapidement. Toute tentative de cathétérisme se heurtera, en effet, à l'obstacle urétral, sur lequel l'attention sera immédiatement attirée.

Par contre, une malade présentant des douleurs n'attirant pas immédiatement l'attention sur l'arbre urinaire aura beaucoup plus de chances de voir le diagnostic de son affection ignoré. Bien que le rétrécissement de l'urètre soit rare, il faut y songer, un simple cathétérisme permet en quelques instants d'en éliminer ou d'en confirmer l'hypothèse, une négligence peut amener à laisser ignorer un rétrécissement qui aurait pu être guéri en quelques jours.

TRAITEMENT

Il est très voisin de celui que l'on applique chez l'homme. Les différents moyens thérapeutiques employés sont ici comme chez l'homme : la dilatation simple ou électrolytique, l'urétrotomie externe, la résection de l'urètre avec sa réfection consécutive selon les techniques de Marion. On n'emploiera ici, pas plus que chez l'homme, la dilatation rapide, la divulgation ou l'électrolyse linéaire, méthodes dangereuses.

Il faut cependant se souvenir de la grande facilité habituelle de la dilatation chez la femme. Aussi ce sera surtout la dilatation simple qui sera le plus utilisée comme moyen thérapeutique, car elle sera le plus souvent suffisante.

Rétrécissements franchissables. — La dilatation sera faite avec les mêmes précautions que chez l'homme. La première bougie sera d'un numéro inférieur à celui de l'explorateur à boule utilisé pour faire le diagnostic. Il ne faudra pas en passer beaucoup, deux ou trois, à chaque séance. La dilatation, en général facile, sera poursuivie jusqu'au passage d'un béniqué d'environ 40 à 50.

Toutes les autres méthodes ne seront indiquées qu'en cas d'insuffisance de la simple dilatation, d'impossibilité de franchir le rétrécissement ou d'infection grave nécessitant une cystostomie. L'étroitesse du rétrécissement ne constitue pas ici, vu la grande dilatabilité, une contre-indication à la dilatation simple.

Dans le cas très rare où le rétrécissement n'obéirait pas à la simple dilatation, il faudrait avoir recours soit à l'urétroto-

mie interne, soit à l'électrolyse. L'électrolyse semble *a priori* bien préférable, mais elle est en réalité plus aveugle que l'urétrotomie interne. Elle laisse une véritable escarre, résultant de la destruction des cellules par les ions basiques, qui formera un matériel mort pouvant s'infecter il semble, d'autre part, qu'elle soit assez fréquemment suivie de sténoses cicatricielles intenses.

Nous préférons l'urétrotomie interne pratiquée avec l'urétrotomie de Maisonneuve ou un urétrotome spécial à conducteur droit, au niveau de la paroi antérieure de l'urètre et qui donne une section nette de grandeur connue sans altérations des tissus environnants. Ensuite, mise d'une sonde à demeure, puis dilatations.

Rétrécissements infranchissables. — Avant de porter le diagnostic de rétrécissement infranchissable, il faut répéter de nombreuses fois à des jours différents la tentative de cathétérisme. Il faudra multiplier les antispasmodiques, bains, suppositoires, lavements, cachets. On pourra également tenter de ramollir la cicatrice fibreuse par des injections de Thiosinamine. Quand le rétrécissement sera vraiment infranchissable, on aura recours à l'*urétrotomie externe*.

Abord, par voie sous-symphysaire, selon la technique de Legueu, « la malade est mise en position gynécologique :

1^o Incision courbe à concavité inférieure située entre le clitoris et l'urètre et encadrant celui-ci de chaque côté;

2^o Décollement de l'urètre. Après section de la muqueuse vestibulaire, on décolle l'urètre des parties sous-symphysaires en respectant les deux racines du clitoris; c'est au bistouri ou aux ciseaux que peut se faire ce décollement. Une sonde placée dans l'urètre peut servir de guide. Progressivement, on pourra abaisser le lambeau vaginal dans lequel sera contenu l'urètre.

3^o Section du rétrécissement.

4^o Mise en place d'une sonde.

5^o Fermeture de la plaie par quelques points de catgut

profond et des crins de Florence superficiels. Un drainage peut être nécessaire en raison du suintement sanguin, surtout si, après section de l'urètre, on ne l'a pas restauré complètement ».

Dans le cas de dégâts trop importants au niveau de l'urètre, on pourra procéder à une réfection du canal en utilisant une des techniques de Marion. Après cystostomie dérivative, au bout de six semaines, on prélève dans un deuxième temps une greffe pédiculée au niveau de la paroi vaginale et on l'introduit enroulée autour d'une sonde dans un tunnel sous-pubien préparé par un trocart.

Dans les cas de destruction vagino-vésicale étendue on suture la vessie par en bas. On prélève la greffe non pédiculée sur la paroi vaginale postérieure. On peut plus simplement créer avec un gros trocart courbe un canal s'ouvrant dans le sillon interlabial gauche. On laisse une sonde à demeure, un épithélium se forme spontanément sans l'intervention de greffes. La malade se sonde elle-même par la suite pour éviter le rétrécissement du nouveau canal. Les résultats semblent meilleurs avec le dernier procédé sans greffe. Le nouvel urètre est continent. Il doit seulement être dilaté.

Rétrécissements compliqués.

La rétention ne modifie guère la conduite à tenir; si le rétrécissement est infranchissable, une ponction de la vessie suivie du bain chaud et de l'administration d'antispasmodiques permettra souvent de passer une filiforme, sinon il faudra pratiquer une cystostomie ou créer un nouvel urètre selon la technique de Marion. *L'infection* rend nécessaire l'urétrotomie interne et, si elle est impossible, la cystostomie.

OBSERVATIONS

Observation I

(*Inédite. Professeur Duvergey*).

Mme T. M..., 43 ans.

Entrée dans le service de la clinique des maladies des voies urinaires, le 24 octobre 1927, pour difficulté à uriner.

Cette difficulté est apparue, il y a deux ans, en 1925. Maintenant la malade se plaint d'uriner par un jet filiforme ou même goutte à goutte; la durée très grande de sa miction a également attiré son attention. Très peu de douleurs.

Antécédents. — Nous y notons une grossesse à terme, avec un accouchement normal.

Selon les souvenirs de la malade elle aurait subi, il y a six ou sept ans, une cautérisation pour un polype de l'urètre.

A l'examen. — On retrouve miction par jet filiforme ou même goutte à goutte.

Le méat est un peu rouge. L'urètre présente, à 1 cm. au-dessus de son orifice vulvaire, un rétrécissement qui laisse juste passer une bougie n° 6.

Dilatation progressive, assez rapide. La malade quitte le service ayant été dilatée jusqu'au 22 Charrière et urinant bien le 10 novembre.

Elle vient se faire dilater régulièrement tous les deux ou trois mois jusqu'au début de 1936 puis elle cesse de venir.

Le 3 juillet 1937 elle va trouver le Dr Penaud à la consultation de Saint-André, car depuis trois jours elle n'urinait plus.

Sur le conseil de ce dernier elle retourne à l'hôpital du Tondu. Son urètre admet une sonde n° 6, on la dilate jusqu'au 24. Elle

garde trois semaines une sonde à demeure.

Le 11 juillet 1938, le Dr Henry Duvergey voit la malade qui vient se faire dilater. La dilatation est difficile, par suite de l'existence d'une valvule siégeant à 1 cm. au-dessus du méat. Il passe des bougies du n° 6 au n° 24.

Nous nous trouvons cette fois devant un rétrécissement, dont l'étiologie semble nette. L'ablation par cautérisation d'un polype de l'urètre, est la seule cause que l'on puisse évoquer.

Il est à remarquer que, malgré la tendance très nette à la récurrence, la malade n'a encore fait aucun accident grave.

Observation II.

(*Inédite. Professeur Duvergey*).

Mme P. A..., entrée dans le service de M. le professeur Duvergey, à l'hôpital du Tondu, le 28 janvier 1937, pour incontinence d'urine.

Cette incontinence apparut, il y a un an et demi, d'abord à la suite de quintes de toux au cours de la journée. Il y a trois mois, crise d'incontinence complète pendant quinze jours, puis seulement diurne. Il y a huit jours, l'incontinence est redevenue totale.

Actuellement, l'urine coule goutte à goutte et provoque des brûlures avec quelques hématuries légères.

Antécédents. — Régulée normalement. Mariée à 22 ans, trois enfants vivants et bien portants. Il y a six ans, pertes blanches très abondantes, ayant cessé il y a 1 an et demi, quand l'incontinence est apparue.

Examen. — Bon état général.

Présence d'eczéma à la face interne des cuisses. L'urètre semble d'abord infranchissable, l'explorateur est arrêté à 1 cm. 5 au-dessus du méat. La vessie est volumineuse. On laisse la malade au repos, avec des antispasmodiques, on soigne l'eczéma.

Les urines contiennent 0 g. 1 d'albumine.

Le Bordet-Wassermann est + + + +.

Le 12 février, la malade est bien améliorée et ne perd plus ses urines.

Au début de mars on réussit à passer un fin conducteur et on peut

dilater jusqu'au n° 22 Béniqué. Deux jours après on atteint le n° 45.

Le 1^{er} avril grosse amélioration, la malade ne perd plus ses urines et ressent le besoin d'uriner. Cette amélioration continue, la malade part le 19 avril apparemment guérie.

L'étiologie est ici blennorragique, puisque les pertes blanches très abondantes que la malade dit avoir eu en 1931, semblent avoir été gonococciques.

Observation III.

(*Inédite. Professeur Duvergey*).

Mme M. M..., 54 ans.

Entrée dans le service de la clinique des maladies des voies urinaires, le 6 décembre 1937, pour des douleurs très violentes dans le bas-ventre, avec sensation de brûlure au moment de la miction.

Depuis juillet 1930, la malade souffrait de douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs à type d'élançements s'irradiaient le long de la base de l'hémithorax droit et gênaient la respiration; elles étaient accrues par la fatigue. Leur intensité d'abord faible alla en croissant. Le 2 novembre elles amènent la malade à entrer à l'hôpital Saint-André, dans le service du Dr Desqueyroux. Le repos au lit les calme peu à peu.

Un matin, la malade voulant uriner est prise de douleurs violentes dans le bas-ventre; douleurs qui la font transcéter à l'hôpital du Tondu.

Antécédents. — La malade est très difficile à interroger et se contredit fréquemment. Elle raconte des histoires fort complexes, dont il semble que l'on puisse tirer les faits suivants :

Antécédents héréditaires et collatéraux : R. A. S.

Mariée à 15 ans 3 mois. Mari éthylique, réformé au service militaire. Divorcée à 19 ans. Trois accouchements à terme. Pas de fausses couches. Le premier enfant à 16 ans; femme âgée de 37 ans et aliénée. Le second, un an plus tard est également une fille qui meurt à 9 mois (convulsions). Le troisième également du sexe féminin, est actuellement mariée et mère de deux enfants.

En 1916, la malade est hospitalisée au Tondu dans le service de

dermatologie pour un ulcère de la jambe gauche, elle souffre également de varices. Elle y reste un mois, puis est transéatée dans le service d'urologie (P^r Pousson), pour gêne à la miction et douleurs dans le bas-ventre. Elle dit qu'on lui fit alors une colpopérinéoraphie qui l'a soulagée.

Cependant, deux ans après l'opération, la miction serait redevenue lente, saccadée, avec quelques gouttes résiduelles. Pollakiurie obligeant la malade à s'arrêter cinq à six fois dans un après-midi.

Elle aurait vécu ainsi jusqu'en novembre 1937. En 1926 elle aurait fait une phlébite de la jambe droite ayant nécessité deux mois et demi de lit.

Le professeur Duvergey examinant la malade le lendemain de son arrivée constate que l'on ne peut pratiquer une cystoscopie, le cystoscope étant arrêté à 1 cm. 5 au-dessus du méat.

Le lendemain on passe une filiforme et l'on commence une dilatation facile.

Le 10 décembre, quatre jours après son arrivée, la malade accuse des douleurs dans la jambe droite qui apparaît œdémateuse. On porte le diagnostic de phlébite.

La malade est laissée au repos jusqu'au 9 mars, date à laquelle on reprend la dilatation. Une bougie n° 12 passe très facilement et l'on dilate régulièrement deux fois par semaine.

Lavages de la vessie et instillations à l'huile goménolée.

La malade part le 2 avril 1938.

Son urètre admet un béniqué n° 50. Mais elle souffre toujours de la région lombaire. Sa jambe est encore œdémateuse.

L'étiologie de ce rétrécissement est très difficile à préciser. Faut-il faire remonter les accidents aux accouchements de la malade ou à sa colpopérinéoraphie ? Il serait difficile de le dire.

Observation IV.

(due à l'obligeance de M. le D^r Blanchot).

Mme D..., 35 ans, vient consulter pour des troubles urinaires remontant à 1932, époque à laquelle, à la suite d'un accouchement,

elle fit une crise de rétention qui nécessita un sondage. En 1928, nouvelle rétention consécutive à une appendicectomie. Depuis elle n'a cessé de souffrir chaque fois qu'elle urine; mais avec des alternatives de mieux et d'aggravation. Elle a subi pour avortement un curettage en 1932. Les troubles urinaires s'accroissent à cette occasion. En 1934, une hystérectomie pour annexite fut suivie d'une nouvelle rétention, pour laquelle elle fut sondée, mais très difficilement. En avril dernier, elle urinait si péniblement que, alors qu'elle était à Bergerac, on essaya de la sonder, mais sans succès. Devant cet échec la malade fut conduite à une clinique pour y être endormie au besoin; au dernier moment elle se refusa à l'anesthésie. Tous les efforts du chirurgien pour cathétériser l'urètre furent vains, et cette tentative n'a fait, semble-t-il, qu'aggraver les troubles (on la fit alors beaucoup souffrir et saigner).

Quand je la vis, le 23 février 1938, elle se plaignait de souffrir continuellement de l'urètre. La gêne incessante qu'elle y éprouvait était exagérée par la miction, de cette sorte qu'elle retardait le plus possible cette manœuvre.

Nous nous trouvons devant une femme de bon état général, ne présentant dans ses antécédents rien de remarquable en dehors de ce que nous avons déjà signalé. Son mari et son enfant sont en bonne santé. Je constate qu'elle rend des urines claires, que sa capacité vésicale est de 200 cc. et que le méat urétral est un peu rouge. Le médecin qui l'a envoyée me dit : « Il m'a été impossible de passer une sonde; d'autant plus que toute manœuvre aboutissant au contact de l'urètre, même par une sonde molle, est aussitôt très douloureuse. »

Etant donnée son histoire, je ne fais sur le coup aucune tentative de cathétérisme, me contentant de prescrire de la kaviase au bleu de méthylène et de fixer à la malade un rendez-vous dans une clinique, où je pourrai être aidé et, par conséquent, tenter de passer une sonde dans les meilleures conditions. Les deux premières tentatives sont infructueuses, car dès que l'on touche au méat, la malade réagit violemment, même au contact d'une sonde molle, et ni une filiforme essayée la première fois, ni un Béniqué n° 30 essayé le seconde ne peuvent pénétrer de plus de 2 cm. Devant cet échec, qui semble montrer que, s'il y a un spasme, il y a aussi un rétrécissement de

l'urètre, car les sondes donnent l'impression de butter sur un obstacle qui saigne facilement, je demande à la malade de revenir à la clinique, mais de s'y présenter assez longtemps avant mon arrivée de façon que l'on puisse la préparer par un traitement visant à faire disparaître tout élément spasmodique.

Je réussis ainsi à passer d'abord une filiforme, puis des bougies de divers calibres de sorte qu'au bout de quatre mois de soins, je pus passer un Béniqué n° 40. A partir du moment où la malade a été dilatée au delà du n° 10 Charrière elle s'est trouvée totalement transformée, souffrant beaucoup moins à la miction qu'elle ne craint plus, avec un état général d'où avait disparu tout élément d'inquiétude. Je m'étais trouvé en présence d'une femme donnant l'impression d'une névrosée, je l'ai laissée avec un équilibre nerveux normal.

J'ai revu récemment cette malade, à laquelle j'ai pu sans préparation particulière passer un Béniqué n° 30. Elle ne se plaint plus de troubles urinaires et n'est plus nerveuse comme elle l'était. Elle revient d'une cure à Capvern, qui semble avoir consolidé l'amélioration tant locale que générale. A noter qu'auparavant elle y était allée deux fois avec son mari, qui fait la cure régulièrement, sans aucun bénéfice. Chez cette malade il semble qu'il y ait eu deux éléments surajoutés : d'une part, un élément spasmodique qui explique la douleur au niveau du méat urétral, douleur vraiment exquise, exagérée par toute mobilisation de ce méat, tant spontanée que sous l'influence de la miction ou que provoquée par le contact d'une sonde même molle; d'autre part, un élément organique déterminé par un rétrécissement vrai du canal, puisque, même le méat urétral franchi, les sondes aussi bien les petites que les grosses butaient sur un obstacle qui s'opposait à la pénétration plus profonde. La suppression de l'élément spasmodique, par des suppositoires et des cachets calmant le système nerveux, a permis la dilatation qui s'est effectuée régulièrement à partir du moment où on a pu faire pénétrer des bougies dans le canal. Il semble qu'à l'heure actuelle le résultat soit acquis, puisque la malade est restée trois mois entre deux passages de Béniqué, dont le dernier était un n° 30.

L'origine de ce rétrécissement est difficile à déterminer, est-il en

rapport avec un traumatisme obstétrical comme pourrait le faire croire la première poussée de rétention à la suite de l'accouchement de 1922 ? C'est bien possible, encore que la nature exacte de ce traumatisme et de son retentissement sur l'urètre soit difficile à préciser. Une lésion organique légère au début a-t-elle été aggravée par un spasme continu ayant abouti à un rétrécissement anatomique ? C'est aussi possible. En tout cas il semble que chez cette malade on ne puisse évoquer à l'origine du rétrécissement ni la blennorragie, dont on ne retrouve pas de traces dans son histoire (elle a bien été opérée d'une annexite, mais en 1934, alors que les troubles urinaires dataient de longtemps), ni une autre maladie, comme la tuberculose, ou la syphilis, dont elle ne présente aucune séquelle. Les femmes hystérectomisées ont volontiers des troubles urinaires divers, en particulier des troubles urétraux d'étiologie mal définie : suppression de certains vaisseaux entourant le col de la vessie, de filets nerveux ayant le même trajet, chute de la vessie due à la disparition de l'utérus et à sa fixation postérieure entraînée par la péritonisation, peut-être aussi troubles humoraux en rapport avec des déficiences de certaines sécrétions internes, modification du pH des urines, etc.

Cette malade avait donc le droit de faire des spasmes après son hystérectomie, mais les spasmes n'ont pu qu'aggraver un état préexistant, de toute façon celle-ci, qui avait reçu des injections de benzogynœstryl, n'en avait retiré aucun bénéfice.

Cette observation n'est pas la seule des rétrécissements de l'urètre qu'ait rencontrés le docteur Blanchot, elle en est seulement la plus récente, c'est pour cela qu'elle est racontée un peu en détail. A quatre reprises au moins il avait trouvé des rétrécissements de l'urètre, en particulier chez des femmes âgées : mais tous, à la suite de deux ou trois dilatations au plus, avaient cédé. Deux femmes, dont il a le souvenir assez précis, avaient fait de la rétention chronique avec distension qu'il avait pu guérir très aisément par des dilatations appropriées.

Observation V.

(due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Duvergey, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, in thèse de Jean-Emmanuel-Paul Morisset, Bordeaux, 1923).

Mme M..., 28 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital le 15 mars 1922, parce qu'elle n'a pas uriné depuis le mardi 14 mars à 14 h.

Cette femme fut atteinte de : 1^o rougeole à 3 ans; 2^o bronchite à 3 ans et demi; 3^o d'ictère à 6 ans; 4^o de fièvre typhoïde à 8 ans.

Elle fut réglée à 11 ans régulièrement, mais en quantité petite, à 17 ans, pendant douze jours, elle perd abondamment du sang, expulse des caillots qui surviennent dans l'intervalle des règles. Ces pertes furent accompagnées de céphalalgies, de vomissements. Dans cette période, notre malade reste alitée et se fait aussitôt hospitaliser à Tenon dans le service de M. le professeur Picqué, qui la traite par des injections vaginales chaudes et par le repos. Les hémorragies diminuent d'intensité, puis cessent trois semaines après son entrée, la malade sort de l'hôpital, guérie.

Depuis cette époque, la malade a eu une bonne santé et il y a un an seulement qu'elle a constaté de la gêne pour uriner.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante. Trois enfants, dont deux morts en bas-âge; pas de fausses couches.

Il y a trois mois (décembre 1921) la malade commença à souffrir des reins et de la vessie, douleurs pendant la miction et sensation de brûlure dès que celle-ci est terminée. Elle alla confier sa peine à une amie obligeante qui lui fit des injections urétrales de permanganate de potasse pendant trois jours. La malade fut soulagée et urina alors sans douleurs. Puis deux ou trois jours après, elle éprouva des difficultés pour uriner; elle devait pousser et l'urine coulait en mince filet. Le 14 mars, elle fit de la rétention, restant sans uriner de 14 heures jusqu'au lendemain 9 h. 30, soit 19 heures et demie. C'est pour cette rétention que la malade vint à l'hôpital où elle fut examinée par M. le professeur agrégé Duvergey. En outre,

depuis le 15 janvier 1922, la malade n'a pas été réglée. Le 14 mars, elle est indisposée et fait remarquer que ce n'est pas son époque.

Examen. — Le 15 mars, il est procédé à l'examen de la malade.

Inspection. — Le globe vésical remonte jusqu'à un centimètre au-dessous de l'ombilic. Douleurs nettement marquées au niveau de deux points ovariens.

Percussion. — Matité dans toute la région ; au-dessus de l'ombilic, sonorité nette. On tente un sondage avec une sonde en verre : impossibilité de l'introduire. On est arrêté par un obstacle siégeant tout à fait à l'entrée du canal, soit à un demi-centimètre environ du méat.

Introduction d'une bougie olivaire du plus petit modèle. On constate d'abord un rétrécissement très serré siégeant tout à fait à l'origine du canal à un demi-centimètre du méat, puis un second rétrécissement siégeant un peu plus haut, à un centimètre environ du premier.

On peut alors introduire une petite bougie filiforme, puis procéder à la dilatation progressive extemporanée et vider ainsi la vessie. Le rein droit est douloureux à la pression.

Toucher vaginal. — Col normal ; on perçoit l'urètre fibreux sclérosé. La recherche du collostrum est négative. Toucher rectal négatif.

Urétroscopie. — A l'urétroscope on voit une muqueuse urétrale congestionnée, saignant facilement, œdémateuse, avec quatre points de leucoplasie au niveau de la paroi postérieure.

Dans le voisinage du méat, la muqueuse est rouge, mamelonnée, bourgeonnante. Il est difficile d'y distinguer des rétrécissements, rien dans la vessie.

L'examen des autres appareils est négatif.

En résumé, il s'agit d'une femme normalement constituée, un peu surchargée en graisse, entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine de dix-neuf heures, et présentant deux rétrécissements de l'urètre, siégeant l'un à un demi-centimètre du méat, l'autre à un centimètre plus haut. Ces rétrécissements sont dus à une infection gonococcique ancienne et à l'injection de permanganate de potasse très concentré (1 paquet de 1 gr. dans un demi-verre d'eau) qu'elle se fit faire il y a trois mois.

Depuis le sondage du 16 mars, la malade a uriné seule environ 250 cc. de liquide. Une nouvelle dilatation est faite deux jours après. Les obstacles étant franchis avec difficulté, on fait de la dilatation progressive; il en résulte des urétrorragies. Une sonde est fixée après un lavage médical au cyanure de mercure. Les jours suivants, on sonde et lave au cyanure la vessie de la malade, dont deux fois par semaine au nitrate d'argent. Il est procédé à la dilatation.

Le 28 mars, la malade urine seule et facilement; on continue la dilatation.

Le 28 avril, la malade revient en bon état, elle est dilatée avec le Béniqué n° 60; tous les obstacles ont disparu.

Observation VI.

(E. Loumeau, *Chirurgie des voies urinaires*, Bordeaux, 1894.)

Mme Vve R..., 52 ans, blanchisseuse, vint, il y a deux mois, nous consulter à la Polyclinique pour des troubles urinaires sur lesquels nous est fourni l'historique suivant :

D'une très bonne santé habituelle, cette femme a de tout temps éprouvé un peu de difficulté ou plutôt un certain malaise en urinant. Ce malaise s'exagérait parfois au moment des règles, mais sans jamais occasionner de douleurs réelles ni empêcher l'évacuation de la vessie. Quatre grossesses normales et une fausse couche accidentelle à sept mois constituent tout le bilan génital de la malade, qu'une seule fonction préoccupe, la miction. Il y a cinq ou six ans, elle a commencé à éprouver de véritables douleurs en urinant. C'était comme la sensation d'un obstacle s'opposant à l'issue de l'urine et une cuisson parfois très vive pendant la miction. Elle se décida alors à consulter un chirurgien. Celui-ci constata au premier examen l'existence d'un polype urétral dont il pratiqua l'ablation et dont il cautérisa au fer rouge le point d'implantation ainsi avisé. Depuis ce moment, le canal est devenu de plus en plus étroit et la sortie de l'urine plus difficile. Le 17 juillet, éclata, après un repas plus copieux que d'ordinaire, une rétention complète,

pour laquelle la malade se fit conduire à l'hôpital. Là, des tentatives de cathétérisme nombre de fois répétées restèrent sans résultat. La patiente, mise alors dans un bain, put, au bout de vingt minutes, uriner suffisamment pour pouvoir, sans trop souffrir, rentrer chez elle à pied. Des bains fréquents facilitèrent, par la suite, l'évacuation des urines; mais ce n'était là que du soulagement, ce n'était pas la guérison. Dans ces conditions, la malade nous est adressée le 1^{er} août dernier, se plaignant, en outre des troubles précédents, d'un état saburral avec inappétence et constipation, qui persiste depuis plusieurs jours. Nous lui conseillons l'emploi de deux purgatifs qu'elle prendra à jour passé; en outre, pour se préparer à notre examen, nous lui recommandons deux grands bains chauds qui seront pris l'avant-veille et le jour de sa prochaine visite.

Le 8 août. — Elle revient à nous un peu améliorée, comme fonctions digestives, mais dans le même piteux état que précédemment au point de vue urinaire. Besoins fréquents d'uriner que ne satisfait jamais complètement une miction lente, douloureuse, à jet très ténu; sensation d'une constriction urétrale, allant par instant jusqu'à la complète obstruction du canal; enfin, douleurs hypogastriques, périnéales, lombaires, devenues à peu près continuelles. Etendue sur la table d'exploration, la malade, dont l'état génital est excellent, nous présente une vessie très distendue et, à la vulve, nous constatons deux petits bourgeons blanchâtres, d'aspect et de consistance cicatriciels, qui circonscrivent à droite et en bas le méat urinaire. Prenant un explorateur à boule n^o 6, nous l'introduisons entre ces bourgeons, pour lui faire traverser l'urètre. Mais nous sommes arrêté à cinq millimètres environ de l'orifice urétral pour une résistance dure, fibreuse, qui repousse l'instrument. Les bougies les plus fines, même une très petite baleine, sont essayées sans plus de réussite. Le cathétérisme est impossible. Cette exploration, pourtant pratiquée avec beaucoup de douceur, ayant fait saigner la malade, je n'insiste pas et je prescris des bains chauds, des cataplasmes sur l'hypogastre. Je supprime en même temps les tisanes diurétiques prises à fortes doses jusqu'ici, sur les conseils d'une sage-femme. Ce traitement fut suivi pendant dix jours. La malade

put sous cette influence uriner assez pour moins souffrir. Elle patienta.

Le 19. — Je renouvelai mes précédentes tentatives de cathétérisme, mais avec le même insuccès. Je me décidai alors pour l'incision du rétrécissement, l'urétrotomie interne.

Le 21 : *Urétrotomie interne*. — J'eus recours, pour cette opération, à la lame étroite et effilée d'un bistouri, mesurant dans son plus grand diamètre, 6 mm. de longueur. J'insinuai la pointe entre les lèvres du méat, horizontalement, le tranchant en l'air. Je ponctionnai la partie résistante du rétrécissement et je coupai la paroi supérieure du canal jusqu'à ce que mon instrument eût été introduit d'une longueur de trois centimètres. Je le retirai alors, le tranchant en bas pour sectionner, en sortant, la paroi inférieure. Une abondante quantité d'urine sortit aussitôt. La vessie se vida et un grand soulagement fut accusé par la malade qui, depuis bien longtemps, n'avait pas éprouvé pareil bien-être. J'excisai ensuite les deux bourgeons cicatriciels situés à l'entrée de l'urètre. Une notable quantité de sang veineux s'écoula tant du canal que de la vulve. Au bout de cinq minutes, l'hémostase était réalisée à l'aide de petits tampons compressifs d'ouate sublimée que je laissai en place au niveau du métal. La malade, qui avait ressenti une vive, mais très courte douleur, se leva et se rendit à la chambre voisine, destinée à mes opérés de la Policlinique. Elle devait y rester étendue, avec la précaution de tenir constamment sur la vulve des compresses imbibées de solution boriquée à 40/1000.

Deux heures après l'opération, le besoin d'uriner se fit sentir. Un jet d'urine repoussa les tampons d'ouate et sortit librement de la vessie. Depuis ce moment, la miction se fait aisément, sans autre trouble qu'une légère cuisson pendant la traversée de l'urine.

Le 24. — La malade, qui se trouve parfaitement, demande à quitter la Policlinique. Elle devra prendre, matin et soir, un bain de siège émollient suivi d'un lavage vulvaire à l'eau boriquée forte et reviendra me voir dans huit jours, à moins d'incidents improbables légitimant plus tôt mon intervention.

Le 2 septembre. — Tout va pour le mieux. La malade, joyeuse et reconnaissante, vient nous remercier de l'avoir guérie. La miction,

exécutée devant nous, dénote un jet gros et puissant, qui fait retentir bruyamment le vase où l'urine est reçue. La bougie n° 15 est facilement introduite et laissée en place dix minutes. Deux fois par semaine, en augmentant progressivement le calibre du cathéter, je sonde mon opérée. Aucune gêne, aucune douleur, aucun écoulement de sang.

Le 23. — Le n° 20 passe bien. La malade ne pouvant, malgré sa bonne volonté, arriver à se sonder elle-même, je lui recommande de passer à ma clinique tous les quinze jours, jusqu'à nouvel ordre. Je lui ai dit et répété la nécessité impérieuse où elle est de recourir toujours au cathétérisme, sous peine de perdre le bénéfice de l'opération subie. Elle sait que la guérison est à ce prix.

Si nous essayons de tirer des conclusions de la lecture de ces quelques observations, nous croyons que sur nos six cas de rétrécissements :

Un doit être imputé à la blennorrhagie (obs. II);

Deux à l'ablation d'un polype (obs. I et VI);

Un à une injection caustique associée à la blennorrhagie (obs. V);

Deux ont une étiologie imprécise (obs. III et IV).

Tous ont merveilleusement cédé au traitement, seul celui de l'observation I s'est montré plus réfractaire, il n'a cependant entraîné aucune complication grave; celui de l'observation VI a nécessité une urétrotomie interne.

CONCLUSIONS

Le rétrécissement de l'urètre est, chez la femme, une affection rare. Il est exceptionnellement congénital, plus souvent acquis. L'étiologie en est alors inflammatoire (blennorragique essentiellement) ou traumatique (accidentelle, chirurgicale ou obstétricale).

Les symptômes qu'il provoque sont : la difficulté des mictions, un accroissement de leur durée et des douleurs parfois très variables.

Les complications sont les mêmes que chez l'homme, mais beaucoup plus rares et moins graves.

La dilatation en est le plus souvent aisée et la récurrence lente.

L'exploration du canal permet de poser le diagnostic.

Le traitement en est essentiellement la dilatation simple ; accessoirement l'urétrotomie interne quand le canal est perméable, externe par voie sous symphysaire quand il est imperméable.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur

*des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ;
ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser
le crime.*

*Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs
enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils
devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins,
je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.*

*Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit
donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession,
honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je
me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.*

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 7 novembre 1938

Le Recteur de l'Académie,

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
DARBON.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson** (A.-E.). — « Stricture of female urethra » (*Northwestern Med.* 27 : 520-524, nov. 28).
- Association française d'urologie, Paris, octobre 1910, p. 305.
- Bazy et Descloux.** — *Annales des maladies génito-urinaires*, p. 241, 1903.
- Berger.** — « Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urètre, guérison » (*Bulletin de la société de chirurgie*, XXIII, p. 142 et *Arch. de gynec.*, mars 1899).
- Bernhart** (F.-L.). — « Tertiäre Zues and strikturren der weiblichen urethra » (*Munchen. Med. Wchnschr.* 1925, LXXII.1547).
- Blonich** — *Contribution à l'étude des rétrécissements chez l'homme et chez la femme.*
- Blum.** — « Des affections de l'urètre chez la femme » (*Archives de Médecine*, t. II, p. 129 et 307, 1877).
- Boyd** (M.-L.). — « Stricture meatus in the female » (*The Journal of the Am. Medic. Associat.*, 92 : 2154-2156, june 29.1929).
- « Strictures of urethral meatus in female » (*Tr. Am. A genito. urin. Surgeons* 22. 381-387-129).
- Briggs** (W.-T.). — « Stricture of female urethra » (*Kentucky. M. J.* 31 : 143-148 March 33).
- Cheetham** (J.-C.). — « Stricture of female urethra » (*Northwest. Med.* 26.539.542, nov. 27).
- Chochofka** (E.). — « Stricture of the urethra in women » (*J. Casop lek. eesk. Praha*, 1922, LXI, 784-788).
- Clark** (J.-C.). — « Urethral stricture in women » (*Prog. Med. Philad.*, 1923, II, 240).

- Cominelli-Guariglia** (E.). — Urethral stenosis in women. 3 cases » (*Rinase. med.* 18.816.819, déc. 15.36).
- Delore** et **Chalier**. — « Tuberculose urétrale et périurétrale, urétrites tuberculeuses et rétréciss. tubercul. de l'ur. » (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1908, t. LXXXI, p. 639.646).
- Dévé**. — « Fistule uréthro-rectale consécutive à un rétrécissement blennorragique de l'urètre » (*Rev. Méd. de Normandie*, Rouen 1909, p. 149-171).
- Duvergey** et **Dax**. — « Communication de juillet 1922 » (Société Anatomomo-clinique de Bordeaux).
- Escat** et **Dor**. — *Encyclopédie française d'urologie* 1922, t. V, p. 607.
- Finger**. — *La blennorragie et ses complications* (Traduction française par Hagge, 1894).
- Fissiaux**. — *Les rétrécissements de l'urètre chez la femme* (Th. de Paris, 1878).
- Franche** (O.). — « Traitement des fistules vésico-vaginales » (*Journal d'urologie*, février 1938, p. 120).
- Frankel** (W.-K.). — « Urethral inflammations and strictures in women » (*Wien Klin. Wchnschr.* 49 : 1463.1466, nov. 37.36).
- Friedrich** (H.). — « Urethral stenosis causing rare forms of micturition disturbances in women » (*Zentralbl. f. gynäk* 60.212.217, janv. 25.36).
- Genouvillé**. — « Du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme. Etude comparative des organes de la miction dans les deux sexes » (*Ann. org. génito-urin.*, nov.-déc. 1892, p. 882 et 925).
- « Rétr. inf. urét. chez la femme » (*Annal. des org. gén. urin.*, déc. 1901).
- Goronitz** (P.). — « Stricture of urethra etiology symptoms. Diagnosis and treatment in female » (*Zbchr. f. mol.* 23 : 675.686.29.)
- Hallé** et **Wassermann**. — *Annuaire général médical*, avril-mai 1894.
- Hamar**. — *Des rétrécissements de l'urètre chez la femme* (Thèse de Paris, n° 210, 1900).
- Hamonic** (P.). — « Les rétrécissements de l'urètre chez la femme » (*Rev. clinique d'andrologie*, nov. 1906, février-mars 1907).

- Hamonic.** — « Ma statistique des rétrécissements urétraux non néoplasiques chez la femme » (*Revue clin. d'androl. et de gynécol. Paris*, 1914, XX, 14.20).
- Haralanoff.** — *Des rétrécissements de l'urètre chez la femme* (Thèse Montpellier, 1933).
- Heinrichsdorff.** — « Ueber eine striktur weiblichen Harwröhre » (*Zentralbl. f. gynäk. Leipz.* 1920, XLIV, 1081-1083).
- Imbert et Soubeyran.** — « Le rétrécissement de l'urètre chez la femme » (*Ann. des org. gén. urin.*, déc. 1901, p. 1408).
- Jaboulay.** — « Pyélonéphrite par rétrécissement congénit. de l'urètre chez la femme » (*Progrès méd. Paris*, 1913, 35.XXIX, 528.530).
- Johnson.** — « Stricture of the female urethra mith report of cases » (*The J. of the Am. médié. Assoc. Chicago*, 1904, t. XLII, p. 885).
- Keresco et Danillopoulos.** — *Annales mal. org. génito. urin.*, 1905.
- Kertesz (L.).** — « Urethral stenosis in women » (*Owosi hetil*, 74 : 1063.1065, oct. 18.30).
- King (M.-W.).** — « Stricture of female urethra » (*Ann. J. Surg.* 1325.1355, Aug. 31).
- Kolischer.** — *Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme*, 1900.
- Legueu.** — « De la voie sous-symphysaire pour l'urétrotomie extome chez la femme, 1^{re} session » (*Associat. française d'urologie de Paris*, 1897, p. 298).
— *Traité chirurgical d'urologie*, 1910, p. 361.
— *Précis d'urologie*.
— « Ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrostomie vaginale » (*Annales*, 1903).
- Lejars.** — « Abscess sous-urétraux chez la femme » (*Semaine Médicale*, 1909).
- Levadoux.** — *De l'emploi de la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre et la vessie chez l'homme et la femme*, Paris, A. Michelon, 1904.
- Lisfranc.** — Thèse d'agrégation (Paris, 1824. Traduction Nesignié).
- Loumeau (F.).** — *Chirurgie des voies urinaires*, Bordeaux, 1894.
- Lulaud.** — « Rétrécissement de l'urètre chez la femme » (*Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale*, Paris, 1910).

- Luys.** — *Traité de Cystoscopie et d'Uréthroscopie.*
- Marion.** — *Technique chirurgicale* (Maloine, Paris, 1932).
— *Traité d'urologie.*
- Minet.** — « Deux cas de rétr. de l'urètre chez la femme » (Ass. d'urologie, XIV^e session).
- Lee, Monroe, Miles.** — *Urethral stricture in the female* (*Minnesola Medecine*, june 1928, p. 388).
- Morisset.** — *Du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme*, thèse Bordeaux, 1923.
- Newmann** (Traduction de Lutaud). — « Du rétrécis. de l'urètre chez la femme (5 obs.) » (*Archives générales de Méd.*, 1876).
- Pasteau.** — « Etude du rétrécissement de l'urètre chez la femme » (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août-septembre-octobre, 1895, p. 799-968 et 1062).
- Pérard.** — « Du rétrécissement de l'urètre chez la femme » (Ass. Fr. d'Urologie, Proc.-verbal, Paris, 1911, XIV, 306-308).
- Polaillon.** — *Maladies des femmes*, 1901.
- Pousson.** — *Précis des maladies des voies urinaires.*
- Poussar et Desnos.** — *Encyclopédie française d'urologie*, t. V, p. 611.
- Pugh (W.-S.).** — « Stricture of female urethra » (*Ann. surg. Phil.* 1924, 770.778).
— « Stricture of female urethra » (*J. Ann. M. Ass. Chicago*, 1926.1790.1794).
— « Urethral stricture and abscess in women » (*M. World*, 48.335.337, sept. 30).
— « Obstructive lesions of female urethra » (*Clin. med. and Surey*, 38 : 317.322, may 1931).
— « Urethral stenosis in women » (*Ann. Med.* 38 : 156.158, avril 1932).
- Singer (H.).** — « Urethral stricture appearing 13 years after radium treatment of primary vaginal cancer » (*Wien. Med. Wehnschr.* 78 : 316.318, march. 3.38).
- Solis (J.-A.).** — « Eshechez de la uretra en la muyer » (*Rev. de med. gen. de la Habana* 39. 278.285, avril 30.1934).
- Spremolla (G.).** — « I restringimenti uretrali nella donna : contributo clinico e istologico » (*Rinase. med. Napoli*, 1925, II.197.200).

- Stevens** (W.-E.). — « Stricture of the urethra in women » (*Calif. state, J. M. San Franc.*, 1922.XX.51.53).
- « Role of urthra in female urology. » (*California et West. Med.* 43.411.416, déc. 35).
- « Obstruction congénitale de l'urètre chez la femme » (*The Journal of the American medical association*, 11 janvier 1936, p. 89).
- Tarnaud** (R.). — « Le rétrécissement de l'urètre chez la femme » (*Bull. Méd. Paris*, 46 : 186.191, 12 mars 1932).
- Dora Telcky**. — « Traumatische striktur der weiblichen urethra » (*Ztschr. f. urol. chir. Berlin*, 1922, IX.424.426).
- Thackston** (L.-P.). — « Urethrale stenosis in female » (*J. South. Carolina M. A.* 29 : 32.34, fébr. 33).
- Tillaux**. — *Traité de chirurgie clinique*, 1900.
- Tripier**. — « Chimicaustie et electrolyse urétrale » (Extraits des *Ann. d'électro-biologie*, déc. 1889).
- Troisfontaines**. — « Rétrécissements blen. de l'urètre. Cathétérisme. Hyperthermie mortelle. Autopsie » (*Ann. mal. org. gén. urin.*, Paris, 1909, p. 264-267).
- Vaalkjaer**. — « Urethral congenital stenosis » (*In Women Hospitalstid.* 79 : 229.246, march 10.36).
- Verchère**. — *La blennorragie chez la femme*.
- Vilfroy**. — *Des rétr. de l'urètre chez la femme* (Th. Paris, 1911).
- Wand** (H.). — « Of female urethra » (*R. W. M. C. Kay South Med. and Surg.* 91.227.230, avril 29.5.1929 (inclus).
- Wymne** (H. M. N.). — « Urethral stricture In *The female* » (*Surg. Gyn. and Obsr.*, février 1922, p. 208).
- « Stricture of female urethra » (*Ann. J. Obst. and gynec.* 27. 373.382, march 34.).

